33

1870

Lane Medical Library

EINE OVARIOTOMIE,

AUSGEFÜHRT

VON HERRN HOFR. SCHWARTZ IN DER HIESIGEN ENTBINDUNGSANSTALT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT

DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU GÖTTINGEN

VON

FRANZ ELLERHORST

aus Twistringen (Hannover).

GÖTTINGEN, 1870.

DRUCK DER DIETERICH'SCHEN UNIV.-BUCHDRUCKEREI.

W. FR. KAESTNER.

Da ich in den vorigen Herbstferien die Gelegenheit hatte, einer Ovariotomie beizuwohnen, welche in dem hiesigen Entbindungshause gemacht wurde, wählte ich sie mit der gütigen Erlaubniss des Herrn Hofrath Schwartz zum Gegenstande meiner Inaugural-Dissertation und spreche hierdurch dem hochgeehrten Herrn meinen aufrichtigsten Dank aus.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0267

Anamnesis.

Johanne Klages aus Dransfeld, 34 Jahre alt, unverheirathet, will nie sehr kräftig gewesen sein und besonders als Kind bis zu ihrem siebenten Jahre fast fortwährend gekränkelt haben. Von da bis zum Beginn ihres jetzigen Leidens hat sie ausser einem Typhus keine Krankheit durchgemacht.

Die Menstruation trat mit dem 18. Jahre ein, war regelmässig, aber schwach, von nur 1—2tägiger Dauer und blieb vom 20. Jahre an 5 Jahre hindurch ganz aus, ohne dass sich dabei andere Krankheitserscheinungen gezeigt hätten. Dann stellte sie sich von selbst wieder ein und hat bis Anfang des Jahres 1867 in der früheren Weise fortgedauert. Von dieser Zeit an setzt die Menstruation häufig aus und ist sehr schwach. Geboren hat Patientin nie.

Den Anfang ihres jetzigen Leidens verlegt Patientin in den October 1866. Damals will sie plötzlich ohne irgend eine besondere Ursache heftige Schmerzen im Leibe und zwar besonders in der linken Seite bekommen haben und bemerkte schon nach einigen Tagen eine Auftreibung des Bauches, welche von da an stetig zunahm. Störung des Appetits, Schlaflosigkeit und grosse Schwäche, so dass sie ihren Dienst als Magd nicht mehr versehen konnte, ge-

sellten sich bald hinzu. Gegen Ende des Decembers traten Harnbeschwerden auf, bestehend in häufigem Harndrange, der auch des Nachts etwa 3—4 Male sich einstellte, und wobei meist nur einige Tropfen auf einmal entleert wurden, sowie in nächtlichem unwillkürlichen und unbewussten Abgange von einigen Tropfen Urin.

Der Stuhlgang war stets in Ordnung. Patientin will seit Beginn ihrer Krankheit eine entschiedene Abmagerung bemerkt haben.

Am 22. December 1866 stellte sich Patientin in der hiesigen medicinischen Klinik vor, unter Angabe der erwähnten Beschwerden. Bei der Untersuchung fand sich der Leib gross, über der Symphyse aus dem kleinen Becken heraufsteigend ein harter, rundlicher Tumor, der, schräg nach oben gerichtet, besonders die linke Hälfte des Bauches einnahm, mit den Händen bequem zu umgreifen, etwa bis zur Höhe des Nabels hinaufreichend, von über Mannskopfgrösse, nicht fluctuirend.

Die Untersuchung per vaginam ergab einen beträchtlichen Hochstand des Uterus; die Vaginalportion war schwer zu erreichen, nach hinten gerichtet, von normaler Länge, beide Muttermundslippen weich und aufgelockert. Patientin wurde mit dem Verdacht der Gravidität entlassen.

Den 9. Januar des folgenden Jahres kam sie wieder ins Hospital und wurde daselbst aufgenommen. Ausser den früheren Beschwerden klagte sie über heftige Schmerzen in der linken Seite des Bauches. Bei ganauerer Untersuchung finden sich die Brustorgune, Leber und Milz gesund. Der Stuhl ist in Ordnung; der Urin normal. Der Tumor

hat sich nach oben hin um einige Zoll vergrössert und zeigt eine unregelmässige Wölbung, so dass die Verwechselung mit einem schwangeren Uterus nicht mehr gerechtfertigt erscheint. Der Perkussionsschall über ihm ist leer. Mitunter sind zwar Uteringeräusche nach der linken Inguinalgegend hin vernehmbar, aber keine Kindsbewegungen und Fötaltöne.

Bei geeigneter Pflege schwanden die Schmerzen und Harnbeschwerden bald. Zur Bepinselung des Bauches erhielt Patientin Tinct. jodi und wurde dann entlassen. Ausserhalb des Hospitals stellten sich die alten Beschwerden schnell wieder ein, und so nahm denn Patientin noch öfter ihre Zuflucht zum Hospital, wo sie sich durch gute Pflege jedes Mal wieder erholte.

Der Tumor nahm indess immer mehr an Umfang zu. Im Sommer 1867 zeigte sich in den obern Parthien des Tumor's Fluctuation. Um nur über die Art des Inhalts der muthmasslichen Cyste ins Klare zu kommen, wurde am 10. Juli ein probatorischer Einstich gemacht. Es entleerte sich nichts, nur in das Ende der Cannüle hatte sich ein Tropfen gelblicher, colloider Masse eingesogen, die unter dem Mikroskop als nicht organisirte, schleimähnliche Substanz ohne beigemengte Formelemente erschien.

Die Fluctuation dehnte sich von jetzt langsam weiter aus. Den 17. August wurde Patientin mit dem Bescheid, sich später zur Punction wieder zu melden, entlassen.

Am 1. November 1867 stellte sie sich zu dem Zwecke ein; aber da sich allabendlich eine geringe Temperatur-

steigerung zeigte, musste die Punktion noch verschoben werden.

Unterdess wird sie von der damals grassirenden Dysenterie in ziemlich heftigem Masse ergriffen, von der sie erst den 13. Februar 1868 soweit wieder hergestellt ist, dass die Punktion unternommen werden kann.

Mit einem möglichst weiten Troicart wurde in der linken Bauchhälfte etwa in der Mitte zwischen Symphyse und Spina ant. sup. il. auf die prall gespannte Cyste eingestossen und es entleerten sich langsam unter mässigem Zusammenfallen der links unten gelegenen Parthien des Tumor's nahe an 700 CC. einer meist gelbbräunlichen, theils fadenziehenden, theils dünnen mit vielen kleinen und grossen Flocken untermischten Flüssigkeit, die alkalisch reagirt, einen faden Geruch hat und unter dem Mikroskop zahlreiche Blutkörperchen, Fettkörnchen, Fibrinflocken, Körnchenzellen und Tripelphosphat zeigt. Die durch die Cannüle eingeführte Sonde erklärt das Nichteinsinken der obern Wölbung des Tumors, indem sie auf eine pralle feste Wand stösst, die, von rechts unten nach links oben verlaufend, die Cyste in zwei nahezu gleiche Hälften theilt. Die Entleerung dieser obern Cyste von der ursprünglichen Einstichsstelle aus gelingt nicht. Das Befinden nach der Punction, nachdem die Unruhe der sehr erregten Patientin sich erst gelegt, war ganz gut. Aus der Einstichsöffnung sickerte am Tage der Punction und am folgenden Morgen noch etwas Flüssigkeit aus, dann schloss sie sich und war nach drei Tagen geheilt. Nirgends bestand besondere Empfindlichkeit. Die Spannung und Wölbung des

Bauches war übrigens nur wenig geringer als vor der Punktion.

Pat. wurde darauf bald entlassen und will sich mehrere Monate ganz wohl befunden haben. Gegen den folgenden Winter jedoch kehrten die alten Beschwerden zurück und zwangen sie, im Hospital wieder Hülfe zu suchen.

Hier besserte sich ihr Zustand bald durch Ruhe und Wärme. Weil sie aber nicht von ihrem Grundübel befreit wurde, wandte sie sich den 1. Februar an Herrn Hofrath Schwartz, welcher sie in die hiesige Entbindungsanstalt aufnahm und nach festgestellter Diagnose auf linksseitige multilokuläre Ovariencyste ihr versprach, die Ovariotomie zu machen, zu der Pat. sich bereit erklärte.

Die Furcht bekam jedoch bald die Oberhand und Pat. ging wieder zum Ernst-August-Hospital zurück, wo sie bis zum 5. August desselben Jahres blieb.

Während dieser Zeit wurde noch einmal punktirt, aber vergebens; denn die Cannüle verstopfte sich mit der oben erwähnten colloiden Masse. Ausserdem wurde der stets an Umfang zunehmende Bauch mit Tinct. jodi bepinselt.

Patientin überzeugte sich abermals, dass sie ohne die ihr vorgeschlagene Ovariotomie von ihrem Uebel nicht befreit werden könne und wandte sich zum 2. Male an Herrn Hofrath Schwartz.

Status praesens.

Am 5. August 1869 meldete sich Patientin zum 2ten Male in der hiesigen Entbindungsanstalt mit dem festen

Entschlusse, sich einer radikalen Operation zu unterwerfen, und wurde daselbst aufgenommen.

Patientin ist von kleinem und gracilen Körperbau, nur mässig genährt aber von gesunder Hautfarbe.

Anomalien des Respirations- und Digestionsapparat's sind nicht zu ermitteln. Die früheren Harnbeschwerden sind gegenwärtig nicht vorhanden. Der Urin normal. Vor drei Wochen war sie in sehr geringem Maasse menstruirt.

Der Leib ist stark ausgedehnt durch einen grösstentheils, stellenweise jedoch undeutlich fluctuirenden Tumor mit unebener Oberfläche. Selbiger nimmt die Mitte des Leibes ein und ragt bis in die Herzgrube hinauf, lässt sich leicht verschieben, ohne Schmerzen. Bauchdecken bis unterhalb des Nabels leicht faltig zu erheben, oberhalb nicht. Beide Inguinalfalten unterhalb des Tumor's sind leicht ins kleine Becken hinabzudrängen.

Die Perkussion ergiebt in beiden Lendengegenden Darmton, an der ganzen vordern Fläche matten Schall.

Die Messung ergiebt:

Grösster Umfang des Bauches (über dem Nabel)	86 Cm.
Vom Proc. ensif. bis zur Symphyse	42 „
„ „ „ „ zum Nabel	24 „
Vom Nabel bis zur spina ant. sup. s.	23 „
„ „ „ „ spina ant. sup. d.	21 „

Innere Untersuchung:

Der Uterus steht hoch, etwas retrovertirt, portio vag. 1 Zoll lang, vordere Muttermundslippe länger, als die hintere, Muttermund geschlossen. Durch das vordere Scheidengewölbe sind die unteren Ränder des Tumor's knollig

durch zu fühlen. Bei Verschiebung des Tumor's bewegt sich der Uterus nicht mit; Tumor vom Becken abzuheben.

Die Uterussonde dringt bis zum Knopfe vor. Aus den Antecedentien und dem gegenwärtigen Befunde geht zur Genüge hervor, dass wir es hier mit einem Eierstockscolloid zu thun haben.

Weil nun die Pat. fest entschlossen ist, sich durch eine Radikaloperation von ihrem Uebel befreien zu lassen, und keine Contraindicationen aufzufinden sind, erklärt Herr Hofrath Schwartz, die Ovariotomie machen zu wollen.

Um das Allgemeinbefinden der Pat. noch einige Zeit zu prüfen und wegen der nahe bevorstehenden Menstruation wird die Operation noch verschoben. Die Menstruation tritt nach einigen Tagen in der früheren Weise ein.

Irgend welche Störungen werden nicht wahrgenommen.

Operation.

20. August 1869, Morgens $9^1/_2$ Uhr (Anfang).

Patientin wird auf dem mit Kissen und wollenen Decken versehenen Operationstisch so gelagert, dass sie eine horizontale Lage mit etwas erhobenem Kopfe einnimmt. Obschon sie angiebt, noch kurz vorher Urin gelassen zu haben, wird der Vorsicht halber zur vollständigen Entleerung der Blase katheterisirt, freilich mit negativem Resultat.

Während nun das Chloroform angelegt wird, nimmt

der Operateur rechts von der Pat. Stellung. Ihm gegenüber steht sein Assistent Dr. A.

Zwei andere Assistenten werden jederseits näher dem Kopfende der Kranken aufgestellt, um nach geschehener Punktion und bei Heraushebung der Geschwulst durch Compression der Bauchdecken sowohl das Herausschlüpfen von Darmschlingen, als auch das Eindringen von Blut und Cysteninhalt in die Bauchhöhle zu verhüten. Ein vierter Assistent steht rechts vom Operateur, um diesem die nöthigen Instrumente zu reichen. Der fünfte Assistent reicht das Chloroform und überwacht das Befinden der Pat. Ausserdem sind im Operationssaal noch 2 Herren, sowie die Ober-Hebamme mit 2 Wärterinnen gegenwärtig, welche die sonst noch erforderlichen Hülfeleistungen besorgen.

Während der Narkotisirung wird die Kranke von den Brüsten bis zu den Knien mit einer Gummidecke, welche in der Mitte zur Aufnahme des stark prominirenden Bauches ein entsprechendes Loch hat, bedeckt, um die Verunreinigung und Benässung der Pat. möglichst zu vermeiden. Zum bessern Anschluss der Lochränder sind diese mit Heftpflasterstreifen an die Bauchdecken geklebt. Ausserdem ist die Kranke durch sorgfältige Bedeckung vor Erkältung geschützt.

Nachdem unterdess die Narkose leicht und vollständig eingetreten ist, macht der Operateur zwischen Nabel und Symphyse in der Linea alba einen circa 4 Zoll langen Schnitt durch die Cutis und den über Erwarten gut entwickelten Panniculus adiposus, während der ihm gegenüber stehende Assistent die geringe Blutung leicht mit kalten

Schwämmen stillt. Als nun auch die übrigen Schichten der Bauchwand vorsichtig zwischen zwei eine Falte hebenden Pincetten durchschnitten sind, sieht man das Netz vorliegen, welches sehr gefässreich erscheint und bei näherer Prüfung sich ziemlich diffus und fest mit der Cystenwand verwachsen zeigt.

Vor Trennung dieser Adhäsionen werden um die gefässreichsten Stellen Ligaturen gelegt, deren eines Ende man, nachdem das andere kurz abgeschnitten, aus der Wunde heraushängen lässt. Die festeren Verwachsungen werden mit der Scheere durchschnitten, die lockern löst man mit den Fingern.

Alsdann sucht der Operateur die riesenhafte Geschwulst zu verkleinern durch Punktion mit einem grossen Troikar, aber vergebens; die Cannüle zeigt sich nach der Herausnahme mit einer gelblichen, gallertigen Masse verstopft. Es wird noch an andern Stellen die Punktion gemacht, aber auch da hat sie nicht den gewünschten Erfolg.

Jetzt bleibt dem Operateur zum Zwecke des Gelingens der Operation nichts anderes übrig, als entweder die Bauchwunde zu vergrössern oder den Tumor durch andere Mittel zu verkleinern.

Nachdem nun eine geringe Erweiterung der Bauchwunde sich als nicht genügend erweist für die Herausnahme der Geschwulst, macht der Operateur einen Einschnitt in dieselbe, wobei sich herausstellt, dass sie aus mehreren Abtheilungen besteht, die mit der oben erwähnten Gallerte gefüllt sind. Bei der Entfernung des Cysteninhalts dringt leider etwas davon in die Bauchhöhle.

Nachdem verschiedene Cysten entleert sind, gelingt es allmälig, die Geschwulst mit breiten stumpfen Zangen herauszuziehen, wobei keine Darmschlinge vorfällt.

Jetzt wird um den Stiel der Geschwulst schnell eine feste Ligatur gelegt und darüber die Spencer-Well'sche Klammer, worauf ein Assistent den Stiel nahe am Tumor durchschneidet.

Dieser Stiel wird in den untern Wundwinkel gelegt und die Wunde mit 4 das Peritonaeum mitfassenden Silberdrähten von unten auf geschlossen bis zum obern Wundwinkel, wo das von dem Tumor getrennte Netz deponirt ist. Dieses wird theils in die Bauchhöhle zurückgebracht, so dass nur die getrennte Wundfläche mit den Ligaturfäden aus dem obern Wundwinkel herausschaut. Zwischen den Silberdrähten wird die Wunde noch oberflächlich mit einigen Eisendrähten geschlossen.

Nachdem alsdann die Wunde und ihre nächste Umgebung mit warmen Schwämmen gehörig gereinigt und getrocknet sind, wird Charpie darauf gelegt, deren unterste Lage mit Glycerin getränkt ist. Diese Charpie wird durch eine um den Bauch gewickelte Flanellbinde fixirt.

Darauf wird die Operirte, welche unterdess aus der Narkose erwacht ist und einen frischen, fröhlichen Gesichtsausdruck zeigt, vorsichtig in ein erwärmtes Bett getragen.

Ende der Operation $10^3/_4$ Uhr.

Anatomische Beschreibung des Tumor's.

Das Gesammtgewicht des Tumor's sammt der während

der Operation herausgenommenen Colloidmasse beträgt 4750 Grm., wovon auf jene Colloidmasse 1510 Grm. kommen.

Gleich auf den ersten Blick erkennt man an der unebenen, höckerigen Oberfläche des Tumor's, dass er aus vielen einzelnen Cysten besteht und folglich zu den Cystoiden zu zählen ist, was auch schon durch die vorhergegangenen Punktionen, vor der Operation, wie auch während derselben, erwiesen wurde.

Wenn man sich die bei der Operation entleerten Cysten wieder gefüllt denkt, zeigt das Cystoid eine von links nach rechts sehr ausgedehnte, mit mehreren knolligen Auswüchsen versehene Basis, deren transversaler Durchmesser 24 Centm. und sagittaler an einzelnen Stellen 11, an andern 12 Centm. beträgt. Durch die vielen Wülste und Furchen bietet die Basis fast die Gestalt eines sehr aufgetriebenen Dickdarms dar. Auf der rechten Hälfte befindet sich eine tiefere Einschnürung, wo der sehr kurze, transversal verlaufende, 13 Centm. breite Stiel seine grösste Dicke von $^1/_2$ Centm. besitzt; dagegen der grössten Ausdehung nach ist er membranartig dünn.

Die Höhe des Cystoids beträgt im längsten Durchmesser 28 Centm. Aufwärts von der Basis verjüngt sich der Tumor um einige Centm., um dann in der Höhe von 22 Cmtr. beinahe den transversalen Durchmesser der Basis zu erreichen. Von da an flacht das Cystoid sich kugelartig ab. Der sagittale Durchmesser in der Höhe vom 22 Centm. übersteigt noch den transversalen um einige Centm.

Die äussere Oberfläche erscheint, abgesehen von den

durschnittenen und zerrissenen Adhäsionsflächen glatt und glänzend.

Die Farbe ist verschieden, je nach dem Inhalt der Cysten; die meisten sind livid gefärbt. An einzelnen Stellen sieht man kleine weisse Flecken und Streifen. An der Basis ist eine kleine Hervorragung dunkelbraun gefärbt.

Bei der innern Untersuchung stellt sich heraus, dass das Cystoid ausser den wenigen während der Operation angestochenen Cysten noch aus circa 30 grössern und kleineren Abtheilungen besteht, welche theils mit einander kommuniziren, theils aber abgeschlossene Bälge bilden. Zwischen den zusammenhängenden Cysten beschränkt sich manchmal die Kommunikation auf ein winziges Loch; meistens jedoch ist nur ein grobes Maschengewebe dazwischen ausgespannt, welches aller Wahrscheinlichkeit nach allmälig mit dem Wachsthum der Cysten aus einer ursprünglich soliden Wand hervorgegangen ist.

Die grössten Cysten sitzen an der Oberfläche und oben; nach dem Mittelpunkt und der Basis hin werden sie kleiner und zahlreicher. Die Grösse variirt vom Kindskopf bis zur Erbse. Die kleinsten trifft man hie und da in der äussern Geschwulstwand wie eingekapselt. Ausserdem liegen in der äussern Wand zahlreiche harte weissliche Knoten, die höchstwahrscheinlich Residuen kleiner eingeschrumpfter Cysten sind.

Der Inhalt ist nicht in allen Cysten gleich. Die meisten enthalten eine durchscheinende, gelbe, wie Froschlaich duftende Gallerte, welche hin und wieder, aber namentlich an der Oberfläche, ganz der weissen Gehirnsubstanz in

Consistenz und Farbe gleichende Streifen eingelagert sind. In einer grösseren und einer anderen kleineren Cyste sind die Colloidmassen braun gefärbt. Unten an der Basis, grade da, wo der Stiel sitzt, enthält eine vollständig abgeschlossene Cyste vom mittlerer Grösse einen schmierigen, käsigen Brei von schmutzig gelber Farbe, welcher von einem Gewirr kurzer, blonder Haare spärlich durchwirkt ist.

An einer Stelle sind die Haare jedoch so zahlreich, dass sie wie zu einem Knäuel zusammengefilzt erscheinen.

Die innere Oberfläche der meisten Cysten zeigt ein unebenes, hie und da netzförmig geordnetes Gewebe, dem einzelne Concremente mehr oder weniger fest anhaften.

Die Farbe der Innenfläche ist durchschnittlich blassröthlich.

Die Mächtigkeit der Wände variirt von 2 — 8 Millimeter. Ungefähr im Centrum des Cystoid's, jedoch etwas mehr nach der Basis hin, trifft man harte, kallöse Massen zwischen den einzelnen Abtheilungen.

Die Wandung der oben erwähnten Dermoidcyste zeigt ganz das Aussehen der Oberhaut und ist mehrere Millimeter dick. Die aus ihr hervorragenden Haare sind grade, blond, dünn und anderthalb Zoll lang.

Der histologische Bau der Wandungen sämmtlicher Colloidcysten ergiebt sich bei der mikroskopischen Untersuchung als solcher, wie ihn die mikroskopische Untersuchung vermuthen liess. Sie bestehen aus Bindegewebsfasern oder Bündeln, welche ohne bestimmte Ordnung bald sich kreuzen, bald parallel neben einander verlaufen. Zwi-

schen ihnen schlängeln sich mehr oder weniger zahlreiche Gefässe umher. Die früher genannten Concremente, sowohl in den Wandungen, wie auf deren innerer Oberfläche, erweisen sich als kohlensaurer Kalk, aus welchem man bei Zusatz von Essigsäure unter dem Mikroskop die Kohlensäure als Gas entweichen sieht. Die Innenfläche der Cystenwandungen besteht aus einem einfachen und stellenweise auch aus mehrfach geschichteten Plattenepithel.

Der oben erwähnte gallertige Inhalt enthält ausser einer homogenen, durchscheinenden Masse zahlreiche Colloidkugeln, Fettkörnchen, Cholestearinkrystalle und Pflasterepithelien, die theils mit kleinen Körnchen angefüllt sind. In der weissen dem Gehirnmark ähnlichen Substanz fehlen die gelblich erscheinenden Colloidkugeln; dagegen sind aber die Fettkörnchen soviel mehr vertreten.

Der früher erwähnte dunkelbraune Inhalt zweier Cysten enthält ausser den angegebenen Bestandtheilen noch Blutpigmentkörnchen.

Die Wandung der Dermoidcyste ist histologisch grade so gebaut, wie die Oberhaut, mit dem Unterschied, dass die Schweissdrüsen fehlen. Der breiige Inhalt besteht aus flüssigen und festen Fetten und aus Pflasterepithelien nebst den schon erwähnten Haaren, welche alle Erfordernisse des normalen Haares aufzuweisen haben.

An mehreren Präparaten vom Geschwulststiel sieht man Flimmerepithel, welches darauf hindeutet, dass der Stiel mit der Tuba Fullopiae verwachsen war.

Nachbehandlung

1. Tag, 20. August. Puls 100. Temp. 37,7

Gleich nach der Operation trinkt Pat. etwas mit Wasser vermischten Wein, der aber bald wieder ausgebrochen wird. Sie erhält darauf Eispillen und Morphium, 0,02. Sie geniesst später noch etwas Wein und 1 Tasse Bouillon.

Noch einige Male Erbrechen. Ein Eisbeutel wird aufgelegt. Der Urin wird alle 4 Stunden mit dem Katheter abgenommen.

Abends Morphium 0,02.

2. Tag, 21. August. P. 124, T. 39,3. R. 42

Abends „ 130 „ 39,2 „ 40

Des Nachts wenig Schlaf.

Pat. erhält Extr. carnis recens parat. 2stündl. 1 Theel. voll des Morgens, und weil sie es gut verträgt, des Nachmittags 2stündl. 1 Essl. voll. Gegen Abend 2 Male Erbrechen, worauf das Extr. ausgesetzt wird. Verband nicht geöffnet. Nach Bedürfniss wird der Katheter angewandt.

3. Tag, 22. August. P. 128. T. 39,3. R. 40.

Abends. „ 124. „ 38,9. „ 34.

Pat. des Nachts unruhig und hatte viel Durst.

Meteorismus sehr mässig. Schmerz beim Betasten des Bauches gering. Die Wunde zeigt ein gutes Aussehen.

Liquor ferri sesquichl. wird auf die Charpie, welche auf dem Netzstiel liegt und sehr fest damit verklebt ist, getröpfelt. Der Ovarialstiel wird damit bestrichen, und dann das ganze Wundgebiet mit trockner Charpie bedeckt und darüber eine mit Glycerin befeuchtete Linnencom-

presse gelegt. Das ganze wird, wie im Anfange, mit einer Flanellbinde befestigt.

Des Morgens geniesst Pat. 1 Tasse Bouillon und später 1 Ei, worauf 2 Male Erbrechen eintritt. Des Nachmittags $^1/_2$ Tasse Bouillon.

Abends Morph. 0,03.

4. Tag, 23. August. P. 124. T. 37,9, R. 20,
Abend. „ 124. „ 38,8 „ 32.

Nachts wenig Schlaf, viel Erbrechen.

Pat. schwitzt stark. Bauch mässig aufgetrieben. Die Perkussion des Bauches, welche der Pat. wenig schmerzhaft ist, ergiebt einen normalen tympanitischen Schall. Der Ovarialstiel wird wieder mit liq. ferri sesq. bestrichen, ebenso die Charpie, welche auf dem Netzstiel liegt und noch immer fest adhärirt. Um den Netzstiel und zwischen Klammer und Bauchwand wird Charpie gelegt zur Aufsaugung der in geringem Masse abgesonderten Jauche.

Gegen das fortdauernde Erbrechen Eispillen und Aqua laurocar. mit Morph. (0,1 ad 20,0) 3mal tägl. 15 glt. Des Tages geniesst sie etwas Bouillon. Das Erbrechen wiederholt sich öfter.

5. Tag, 24. August. P. 120. T. 37,8. R. 24.
Abends „ 120. „ 37,6. „ 24.

Nachts sehr wenig Schlaf, beständig Erbrechen und Aufstossen.

Ovarialstiel, noch trocken, wird mit liq. ferri s. bepinselt, ebenso die auf dem Netzstiel liegende Charpie Zwischen dieser Charpie und dem Wundrand wird etwas wahrscheinlich durch Schwefeleisen schwarz gefärbte Jauche

mit Charpiebäuschen weggenommen. Drei Zwischennähte werden entfernt und durch Heftpflasterstreifen ersetzt. Zwischen den Wundrändern wird etwas Eiter entfernt; sonst sieht die Wunde gut aus.

Pat. hat Stuhldrang; beim Versuch geht aber nichts ab.

Den Tag über beständiges Erbrechen. Sie trinkt viel Wasser welches aber wieder ausgebrochen wird, ebenso Wein und Bouillon.

Die Menstruation scheint sich verfrüht einzustellen, aber ohne alle Beschwerde.

Abends 1. Injection (subcutan) von Morph. 0,015, gegen das Erbrechen.

6. Tag, 25. August. P, 140. T. 37,6. R. 20.
Abends „ 150. „ 38 „ 20.

Des Nachts wenig Schlaf, häufiges Erbrechen.

Des Morgens 1. Injection von Morph. 0,015.

Eine Zwischennaht wird entfernt, und ein Heftpflasterstreifen dafür aufgeklebt; ebenfalls werden die andern Heftpflasterstreifen durch neue ersetzt.

Zwischen dem Netzstiel, welcher bei der Respiration selbstständig auf und nieder geht, und den Wundrändern wird mit Charpiebäuschen etwas übelriechende Jauche weggenommen und der Netzstiel mit Heftpflaster fixirt. Die Tropfen werden weiter gegeben, 3mal tägl. 15 gtt.

Befinden des Tages ziemlich gut. Das Erbrechen seltener.

Gegen Abend 1 Klystier von 2 – 3 Unzen Milch mit Ei, welches sie bei sich behält.

7. Tag, 26. August. P. 150. T. 38,3. R. 26.
Abends „ 146. „ 38,2. „ 24.

Schlaf wenig. Das Erbrechen nahm mit Unterbrechungen seinen Fortgang. Ausser dem sonst üblichen Wein und Eiswasser erhält sie eine Tasse schwarzen Kaffee's, der nach $^1/_4$ Stunde wieder gebrochen wird.

Pat. klagt über geringe Schmerzen im Bauch längs der Linea alba und über Präkordialangst. Sie schwitzt stark. Der Ausfluss aus den Genitalien hat aufgehört.

Der Netzstiel sondert an den Seiten ziemlich viel Jauche ab, dagegen der Ovarialstiel fast garnicht. Die Wunde ist in der Tiefe heil.

Befinden den Tag über etwas besser. Pat. geniesst etwas mehr. Erbrechen weit seltener. Pat. lässt den Urin von jetzt an spontan.

Des Abends Morph. 0.02

8. Tag, 27. August. P. 128. T. 37,9. R. 28.

Abends „ 128. „ 38,2. „ 30.

Des Nachts abwechselnd Schlaf. Wenig Erbrechen. Befinden ziemlich gut.

Es werden 2 Hauptsuturen entfernt und die Wunde, welche nur oberflächlich etwas klafft, nach gehöriger Reinigung mit frischem Heftpflaster beklebt.

Beim Beschneiden der an dem Netzstiel fest adhärirenden Charpie wird jener verletzt und die dadurch entstehende geringe Blutung mit liq. ferri s. leicht gestillt. Zwischen Netzstiel und Bauchwand wird frische Charpie gelegt, ebenso zwischen Ovarialstiel und Klammer.

Pat. spürt mitunter Stuhldrang, hat aber noch nichts entleert. Den Tag über ist das Befinden ziemlich gut.

Erbrechen fast gar nicht mehr. Pat geniesst etwas Consistentes. Gegen Abend entleert sie auf ein Lavement einige harte Kothmassen.

Morph. 0,02.

9. Tag, 28. August. P. 128. T. 38,5. R. 28.
Abends. „ 136. „ 38,9. „ 32.

Wenig Schlaf. Erbrechen nur, wenn sie viel Wasser getrunken hat.

Unterhalb des Netzstieles fliesst bei Bewegung desselben und namentlich auf Druck der Bauchwand in der Umgebung des Stieles ziemlich viel schmutziger, stinkender Eiter ab. Rund um den Eiterheerd fühlt man einen harten Rand. Die letzten Drähte, 2 Silberdrähte und 1 Eisendraht, werden entfernt. Nach möglichster Entleerung des Eiterheerdes wird Charpie darauf gelegt und Heftpflaster darüber geklebt. Der Eisbeutel, welcher bisher mit wenigen Unterbrechungen über dem Verbande lag, wird weggelassen.

Den Tag über das Befinden ziemlich gut. Erbrechen selten. Auf 1. Lavement eine dünne Ausleerung.
Abends Morph. 0,02.

10. Tag, 29. August. P. 128. T. 38,4. R. 36.
Abends „ 132. „ 38,2. „ 34.

Wenig Schlaf. Pat. träumt viel. Während der Nacht noch ein 1 Dosis Morph., worauf doch kein anhaltender Schlaf erfolgt. Erbrechen 2 Male.

Der Verband ist ganz von dünnflüssigem Eiter durchtränkt.

Zur bessern Entleerung des Eiterheerdes werden die verwachsenen Wundränder in der Mitte zwischen dem Ova-

rial- und Netzstiel durchschnitten, sodass oberhalb und unterhalb dieser Oeffnung noch eine $2^1/_2$ Centm. breite Brücke erhalten bleibt. Bei Wegnahme der mit dem Netzstiel verklebten Charpie entsteht eine geringe Blutung, welche mit liq. ferri sesq. leicht gestillt wird.

Nachdem der Eitersack ausgedrückt und die Wunde gereinigt ist, wird ein neuer Verband angelegt, bestehend aus frischem Heftpflaster. Charpie und Compresse.

Am Tage ist das Befinden gut. Pat. zeigt guten Appetit und bricht nur, wenn sie auf einmal viel Wasser trinkt.

Tägl. 20 gtt. von jetzt an (Aq. lauroc. cum Morph.)
Gegen Abend Morph.

11. Tag, 30. August. P. 132. T. 38,1. R. 26.
Abends. „ 132. „ 38,4. „ 28.

Nachts 3 Stunden Schlaf. Morph. Häufig drang zum Uriniren. Stuhlgang spontan. Die beunruhigenden Träume haben nachgelassen. Pat. schwitzt noch immer stark. Erbrechen höchst selten.

Die Wunde zeigt ein gutes Aussehen. Die Eiterabsonderung geringer. Die Eiterhöhle ist kleiner geworden. Die gestern gemachte Gegenöffnung ist zu einem runden Loch von 1 Centm. Durchmesser geworden.

Tiefe der Eiterhöhle reichlich 1 Centm. Der Ovarialstiel sondert jetzt mehr jauchige Flüssigkeit ab. Beide Stiele scheinen in der Tiefe mit den Wundrändern fest verwachsen zu sein. Der Netzstiel wird an seiner breiten Oberfläche mit liq. f. s. gepinselt.

Bei der Exploration per vaginam glaubt Herr Hofrath

Schwartz eine geringe Fluctuation zu fühlen im hintern Scheidengewölbe.

Den Tag über vollständige Euphorie bis gegen Abend, wo die Pat. sich nach einem empfangenen Besuch etwas unruhig zeigt, was sich jedoch bald legt. Des Nachmittags 1 Löffel Ol. Ricini, worauf aber keine Oeffnung erfolgt.

Gegen Abend 2 Male gelindes Erbrechen. Morph. 0,02.

12. Tag, 31. August. P. 136. T. 38,7. R. 32.

Abends. „ 136. „ 39,3. „ 40.

Nachts 3 Stunden erquickender Schlaf.

Morph. 0,02.

Das Befinden am Morgen recht gut.

Bei Entfernung der auf der Wunde liegenden Charpie wird auch die Klammer mit dem abgestorbenen Ovarialstiel ohne alle Mühe fortgenommen. Obschon die Ligatur über der Klammer angelegt ist und auch jetzt daselbst gefunden wird, sitzt in dem mit der Bauchwand gut verwachsenen Stiel ein Faden, welcher nach der Operation damit verklebt sein muss.

Das Wundgebiet sieht gut aus. Der Leib ist etwas aufgetrieben, weshalb 1 Lavement verordnet wird. Darauf dünner Stuhlgang.

Pat. schläft zuweilen. Das Befinden gut bis gegen Abend, wo sie über gelinden Frost klagt. Morph. 0,02.

13. Tag, 1. Sept. P. 140. T. 39,5. R. 32.

Abends „ 158. „ 40,2. „ 30.

Nachts wenig oder gar kein Schlaf. Viel Durst. Pat. schwitzt viel und klagt über Präcordialangst. Morph. 0,02.

Das Aussehen der Wunde hat sich verschlechtert. Sie

sondert viel stinkende Jauche ab, besonders der Netzstiel und die Eiterhöhle. Zum bessern Abfluss derselben wird 1 Zoll seitlich von der Bauchwunde, wo die Eiterhöhle am tiefsten ist, eine zweite Gegenöffnung gemacht, in welche Charpie gelegt wird. Eine granulirende leicht blutende Stelle am Netzstiel wird mit liq. ferri s. betupft.

Nach vorgenommener Reinigung wird die Wunde zum erstem Male mit in Carbolöl getauchter Charpie verbunden.

Des Morgens spontaner Stuhlgang. Darauf einige Stunden Schlaf. Um Mittag fängt Pat. wieder an zu brechen, Alles ausser dem Wein.

Befinden schlecht. Angst. Starker Schweiss. Morph.

14. Tag, 2. Sept. P. 132. T. 38,4. R. 28.
Abends. „ 144. „ 37,7. „ 26.

Morph. darauf Schlaf. Erbrechen. Befinden leidlich. Starker Durst. Die Wunde zeigt ein viel besseres Aussehen, die Absonderung der stinkenden Jauche hat aufgehört. Die Eiterhöhle granulirt in der Tiefe schön. Der in dem Ovarialstiel verwachsene Faden lässt sich wegziehen, ebenso einige Ligaturfäden des Netzstieles, wo nur noch eine liegen bleibt. Darauf wird ein neuer Listerscher Verband angelegt.

Das Befinden des Tages gut bis Mittag, wo sie einen ziemlich starken Frost von $^1/_2$stündl. Dauer hat. Darauf etwas Schlaf. Gegen Abend wieder Frost mit nachfolgendem starken Schweiss, Pat. geniesst wenig. Durst gross. Morph.

15. Tag, 3. Sept. P. 148. T. 38,7. R. 28.
Abends. „ 148. „ 38,9. „ 32.

Kein Schlaf. Grosse psychische Aufregung. Morph. 1 Mal Erbrechen. Die Wunde sieht nicht schlecht aus; aber die Granulationen wollen nicht recht vorwärts. Listerscher Verband. Pat. erhält ein Lavement, worauf mehrene dünne Ausleerungen erfolgen, die den stark aufgetriebenen Bauch bedeutend verkleinern. Pat. schlummert den Tag über zuweilen. Appetit fehlt. Durst gross. Erbrechen nur nach reichlichem Wassergenuss. Sie geniesst Weingelée, 1 gekochtes Ei und etwas Milch, welches man ihr aber aufdrängen muss.

Gegen Abend geringer Frost.

Morph.

16. Tag, 4. Sept. P. 152. T. 38,9. R. 32.

Abends. „ 156. „ 40,2. „ 44.

Kein Schlaf. Unruhe. Grosser Durst. Morph.

Die Wunde zeigt keine Veränderung. Der Netzstiel wird mit lapis infernalis geätzt. Pat. ist an den Wundrändern auf Druck sehr empfindlich.

Listerscher Verband.

Pat. ist bereits sehr abgemagert und zeigt eine schwach icterische Färbung. Zunge belegt. Appetitlosigkeit. Verhalten während des Tages ziemlich ruhig. Pat. schlummert öfter eine kurze Weile. Einige Male Erbrechen. Starker Schweiss. Trinkt etwas weniger als sonst.

Präkordialangst. Gegen Abend wird sie unruhiger. Kurzes Frösteln.

Morph.

17. Tag, 5. Sept. P. 136. F. 38,3. R. 32.

Abends „ 148. „ 38,4. „ 36.

Wenig Schlaf. Pat. träumt viel und röchelt während des Schlafes. 1 Mal Erbrechen. Starker Schweiss. Urin wenig, stark saturirt.

Morph.

Der Leib ist ziemlich aufgetrieben. Perkussionsschall tympanitisch.

Die Wunde zeigt keine Veränderung. Der Netzstiel wird, nachdem die Borken entfernt sind, wieder mit lapis inf. geätzt. Die gestrige Empfindlichkeit der Wundränder ist verschwunden.

Listerscher Verband.

Am Tage schläft Pat. mitunter. Kopfschmerz. Gegen Abend etwas Hüsteln. Appetit gar nicht; was man ihr aufdrängt, bricht sie wieder.

Morph.

18. Tag, 6. Sept. P. 140. T. 38,5. R. 36.

Wenig Schlaf. Pat. fordert nur Wasser und Wein.

Pat. ist dem Ende nahe. Die Wangen sind sehr eingefallen, die Augen welk und trübe, die Respiration laut röchelnd; mitunter hüstelt sie. Zunge und Lippen russig belegt und trocken. Puls sehr klein.

Um Mittag stirbt sie, indem sie allmälig collabirt.

Die von Herrn Professor Krause ausgeführte Section ergiebt:

Die Leiche ist stark abgemagert.

In der Linea alba sieht man eine vom Nabel bis 2 Zoll oberhalb der Symphyse reichende, grösstentheils frisch verklebte Haut- und Muskelwunde. Am obern Ende der Wunde findet sich eine wunde, 2 Cent. im Durchmesser hal-

tende Scheibe, die aus vertrocknetem und überhäutetem Gewebe des Omentum majus besteht. Unterhalb derselben folgt eine verwachsene Parthie, dann wieder eine nicht verheilte, dann eine verheilte, an der drei Nähte noch zu erkennen sind und dann eine ganz kleine nicht verheilte Parthie, während die übrigen von annähernd gleicher Grösse sind. Die verheilten Stellen sind gleichsam wie Brücken über einer Eiterhöhle von 1 Centm. Tiefe ausgespannt; Diese Eiterhöhle ist jedoch von der Bauchhöhle durch die in der Tiefe überall verwachsene Wunde getrennt.

Selbst das Netz und der Geschwulststiel sind in der Tiefe mit ihrer Umgebung fest verwachsen.

Das Fettpolster der Bauchwand ist trotz der allgemeinen Abmagerung stark entwickelt. Die Gedärme sind bedeutend mit Gas gefüllt.

Hinter dem Rectus abdom. der rechten Seite, ungefähr in der Mitte seiner Länge, findet sich ein mit dickem, gelblichen Eiter gefüllter Abscess.

Das Peritonaeum ist überall dunkel pigmentirt, blutreich, und die Därme durch leicht zerreissliche frische Exsudationen mit einander verklebt. Das grosse Netz zeigt sich besonders stark injicirt.

Hie und da, aber sehr sparsam sieht man zwischen den Därmen sehr kleine eitrige Ablagerungen.

Der Magen enthält viel bräunliche Flüssigkeit; die Gefässe seiner Schleimhaut sind stark injicirt.

Milz gross, sehr weich, blutreich; die Kapsel gespannt. Leber ein wenig mürbe, wahrscheinlich durch Fäulniss Galle dünnflüssig und gelb. Neben dem Colon descendens

stösst man auf grössere aber stets abgekapselte Eiterungen.

Die Nieren sind sehr gross; die Nierenbecken mit eitriger Flüssigkeit gefüllt und die Nierensubstanz mit zahlreichen kleinen metastatischen Abscessen durchsetzt.

Die Harnblase ist zusammengezogen und fast ganz leer.

Die Höhle des kleinen Beckens ist fast ganz von einer grossen jauchigen Eitermasse ausgefüllt, welche durch die erwähnten Verklebungen vom Abdomen abgeschlossen ist, und sich hauptsächlich an der rechten Seite des Rectum abwärts erstreckt.

Das Rectum ist stark mit Koth angefüllt, besonders das untere Ende.

Das rechte Ovarium ist stark geröthet und durch eitrige Infiltration ausgedehnt. Der Uterus ragt bedeutend aus dem kleinen Becken hervor. Seine Vorderfläche ist ein wenig nach rechts gewendet und seine linke Seitenwand nach oben mit dem Geschwulststiel und dem untern Wundwinkel verwachsen. Der Uterus zeigt einen langen Cervicalkanal und eine bedeutende Röthung der Schleimhaut; ebenfalls ist die Scheidenschleimhaut etwas injicirt.

Die linke Lunge ist mit der Pleura costalis mehrfach durch alte Adhäsionen verwachsen. Der untere Lappen ist sehr blutreich, vollkommen luftleer, dunkelroth; die Schnittfläche ein wenig granulirt. Auch der untere Theil des oberen Lappens ist theilweise infiltrirt und an vielen Stellen trifft man supplementäres Emphysem.

Im untern Lappen der rechten Lunge dieselbe Beschaffenheit, wie links, und ausserdem auf Pleura zahlreiche

kleine Extravasate. Im hintern Theile des obern Lappens geht die Farbe noch mehr ins graurothe, und nach vorn stärkeres supplementäres Emphysem. Die Schleimhaut der Bronchien beider Lungen etwas geröthet nnd mit zähem Schleim bedeckt. Das Herz zeigt kleine Verdickungen des Endocards im linken Ventrikel und an der valvula mitralis.

Das Gehirn ist etwas anämisch; der Subarochnoideal-Raum wässerig infiltrirt.

Pacchionische Granulationen sind stark entwickelt.

Auf der Gehirnbasis befindet sich ebenfalls ziemlich viel Wasser.

Epikrisis.

Der vorliegende Fall von Ovariotomie ist nach verschiedenen Richtungen hin bemerkenswerth.

So kann der Tumor durch seine Entwickelung und seinen Bau einiges Interesse erregen.

Nach der Erzählung der Kranken hat die erste Entwickelung der Geschwulst innerhalb kurzer Zeit und unter heftigen Schmerzen Statt gefunden. Wenngleich es nun beobachtet ist, das die Eierstöcke sich unter heftigen örtlichen und allgemeinen Zufällen cystig entarteten und schon nach Verlauf von 10—24 Tagen die Grösse einer Faust oder selbst eines Kindskopfes erreichten, so spricht doch sehr gegen die akute Entstehung jenes Leidens die oben erwähnte Dermoidcyste, welche sich bekanntlich durch ihr sehr langsames Wachsthum auszeichnet. Wahrscheinlich bestand die krankhafte Affection des linken Ovariums schon lange vor der Zeit, wo die Kranke die Bauchschmerzen erlitten haben

will. Diese Schmerzen waren vielleicht das Symptom einer circumskripten Peritonitis und die Veranlassung dazu, dass Pat. mehr auf sich achtete und nun die Auftreibung des Bauches merkte, welche bisher unmerklich vor sich gegangen war.

Wie überhaupt die Antiologie der Ovariencysten noch im Argen liegt, so lässt sich auch hier nicht bestimmen, ob und in welchem ätiologischen Verhältniss die Dermoidcyste zu den Colloidcysten stand. Man könnte in diesem Falle vielleicht die Vermuthung aufstellen, das die Dermoidcyste die primäre Affection war und erst nach längerem Bestehen durch hervorgerufene Hyperämie und Congestion die Veranlassung zur cystigen Entartung des Ovariums gab.

Die Diagnose und Prognose sind durch die Operation und deren Resultat zum Unglück der Pat. alterirt worden.

Die erstere lautete auf eine multiloculäre Colloidcyste des linken Ovariums, die wegen der leichten Beweglichkeit und der damit verbundenen Schmerzlosigkeit nur durch geringe Adhäsionen mit der Bauchwand und den angrenzenden Organen verwachsen sein konnte. Adhäsionen mit dem Becken und seinem Inhalt wurden ganz ausgeschlossen.

Dieser Diagnose gemäss, und weil die übrigen Umstände keine Contraindikation zuliessen, wurde die Ovariotomie mit vollem Recht ausgeführt.

Leider wurde die günstig gestellte Prognose durch die ausgedehnten Verwachsungen des Tumors mit dem grossen Netz, welche sich nicht voraussehen liessen, schon während der Operation sehr getrübt; noch ungünstiger gestaltete sie sich während der Nachbehandlung dadurch, dass das getrennte Netz nicht früh mit der Bauchwunde

verwuchs; denn wahrscheinlich wurde das lästige und den Organismus sehr schwächende Erbrechen während der ersten Hälfte der Behandlung durch den Reiz, welchen jede Respiration auf das in dem obern Wundwinkel beweglich liegende Netz ausübte, und den Eintritt von Wundsekret in die Bauchhöhle neben dem Netz bedingt.

Ein anderes ungünstiges Moment ist der Eintritt von Colloidmasse in die Bauchhöhle während der Operation. Diese Colloidmasse gab wahrscheinlich die Veranlassung zur Entstehung des im kleinen Becken abgekapselten Abscesses, dessen Inhalt bei der Obduction jauchig war. Durch Resorption dieser jauchigen Masse scheint die Septicopyaemie entstanden zu sein, welche schliesslich die Pat. hinraffte. Das erste Symptom dieser septischen Infection zeigte sich am Abend des 12. Tages als Frösteln, verbunden mit Temperaturerhöhung. Das Allgemeinbefinden der Patientin, welches sich vom achten Tage an gebessert hatte, wurde wieder schlechter.

Das Erbrechen, welches seit der Verwachsung des Netzes mit der Wunde fast gänzlich verschwunden war, wurde noch ärger, als zuvor. Die Wunde zeigte ein schlechtes Aussehen. Der Leib wurde sehr aufgetrieben und gegen Druck empfindlich. Der Stuhlgang, dem vorher schon nachgeholfen werden musste, wurde noch träger. Der Durst war gross. Die folgenden Tage stellte sich noch einige Male Frost ein, mit jedesmaliger Temperaturerhöhung.

Unterdess steigerten sich die Symptome den Septicopyaemie derartig, dass der Tod am 18. Tage durch allmäligen Collapsus erfolgte.

Wie der Sectionsbericht zeigt, liessen sich an der Leiche zahlreiche und deutliche Spuren der Septicopyaemie nachweisen.

Durch frühzeitige Eröffnung des im Douglaschen Raume liegenden Abscesses vom hintern Scheidengewölbe aus hätte man vielleicht den letalen Ausgang vermeiden können.

Die Behandlung trifft aber hierdurch keine Schuld, weil das Rectum, wie die Section deutlich ergab, so mit Kothmassen angefüllt war, dass sich beim Touchiren keine Fluctuation fühlen liess.